



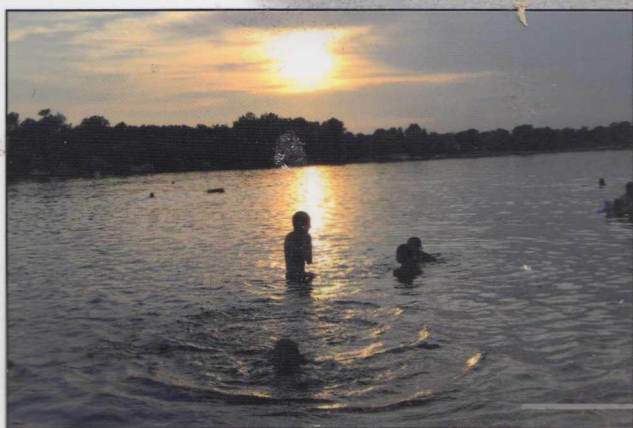
СЛЕС

профілактична медицина

№ 4 липень-серпень 2013



Офіційно



Тема номера

Актуально



Реформування закінчилось, а проблеми залишилися?

Неодноразово спілкуючись зі своїми колегами, ми визначили основні проблемні питання, які сьогодні значно ускладнюють, а в деяких випадках заважають організації та здійсненню належного державного санітарно-епідеміологічного нагляду.



Олександр Бяковський,

начальник Головного управління
Держсанепідслужби
у Рівненській області,
головний державний
санітарний лікар
Рівненської області



Ігор Бузук,

заступник начальника
Головного управління
Держсанепідслужби
у Рівненській області,
заступник головного
державного санітарного лікаря
Рівненської області,
кандидат медичних наук,
член-кореспондент МАНЕБ

Це свідчить про спільні, системні проблеми, які сьогодні є у нас на різних рівнях управління.

Слід констатувати, що реорганізація установ та закладів Держсанепідслужби показала, що структурне розділення служби на Головні управління (ГУ) та Державні установи – лабораторні центри (ДУ) є функціонально неефективним, а це, в свою чергу, призведе до погіршення санепідеміологічної ситуації як на підпорядкованій території, так і загалом у державі, до нарікання з боку суб'єктів господарювання через тривалу процедуру погодження управлінських рішень, громіздкість та бюрократизацію процесу проведення держсанепідекспертизи, планування діяльності тощо.

На нашу думку, потребують якнайшвидшого вирішення питання щодо:

- визначення та затвердження остаточної структури ГУ та ДУ;
- оперативної взаємодії відокремлених структурних підрозділів ГУ та ДУ в частині здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на підпорядкованій території;
- внесення відповідних змін до Положення ГУ та Статуту ДУ і відповідно до Регламенту взаємодії;
- централізованого розроблення та затвердження типових положень про структурні підрозділи ГУ та ДУ, посадових інструкцій спеціалістів за відповідними розділами роботи з розмежуванням для державних та недержавних службовців;
- переведення спеціалістів оперативних підрозділів ДУ в штат та безпосереднє підпорядкування ГУ;

- затвердження типової форми службового посвідчення для держслужбовців та спеціалістів, які не є держслужбовцями ГУ; службових посвідчень для спеціалістів ДУ;

- централізованого перегляду структури ДУ в частині утворення радіологічних відділів (лабораторій), які були атестовані МОЗ;

- затвердження проведення процедури акредитації ДУ в системі ISO/IES 17025-2006 з боку Держсанепідслужби України;

- прискорення роботи із затвердження Держсанепідслужбою уніфікованих актів перевірки по профілях основної діяльності (в т. ч. по шкільних закладах) через створення спеціалізованих робочих груп. При цьому, на нашу думку, обов'язково до цієї роботи залучати фахівців, які мають стаж практичної роботи на рівні району;

- дозволу та законності сумісництва, суміщення роботи держслужбовців ГУ в ДУ Держсанепідслужби;

- зарахування до стажу державної служби для держслужбовців ГУ 5–7-ї категорії попереднього стажу роботи в СЕС на посадах головних лікарів, їх заступників, завідувачів відділів та відділень (зміни до постанови КМУ від 03.05.1994 р. № 283);

- своєчасного реагування посадових осіб Держсанепідслужби на запити ГУ та ДУ. Треба припинити практику мовчазного ігнорування наших запитів. Ми в одному човні й наш імідж формується нашою спільною працею;

• проведення семінарів з ознайомлення з положеннями Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо приведення національного законодавства у відповідність зі стандартами Кримінальної конвенції про боротьбу з корупцією”, яким змінено поняття та розмір неправомірної вигоди та посилено відповідальність за прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди.

Окремо хотілось би зосередити увагу на питаннях:

• атестації лікарів, помічників лікарів та спеціалістів з вищою неметичною освітою;

• механізму взаємовідносин ГУ та ДУ з Центром реєстрів;

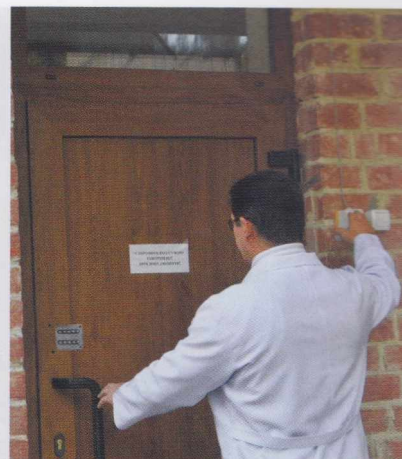
• централізованого розроблення програми впровадження державного соціально-гігієнічного моніторингу;

• оренди ГУ майна та автотранспорту в ДУ.

Щодо першого питання. За рекомендаціями, озвученими на колегії Держсанепідслужби в м. Кіровограді у зв'язку з правовою неврегульованістю питання, наразі пропонується атестацію лікарів проводити через Центральну атестаційну комісію МОЗ, а середніх медпрацівників – через обласні управління охорони здоров'я. Незважаючи на певні труднощі, в останньому випадку є можливість організаційно забезпечити атестацію середніх медпрацівників через уведення спільним наказом фахівців ГУ до складу комісій та рецензентів облуправління охорони здоров'я. А от з лікарями та фахівцями з вищою неметичною освітою, на нашу думку, є об'єктивні проблеми. Уявімо, скільки часу та коштів слід буде витратити спеціалісту для того, щоб завезти документи на атестацію в єдине дозвоільне вікно МОЗ, передачу цих документів до Центральної атестаційної комісії, а в разі зауважень їх забрати на доопрацювання і знову подати, приїхати на засідання комісії, отримати свідоцтво тощо. Людині з районного центру добратись до Києва та назад. Скільки коштів вона на це витратить і через який час зможе ці затрати компенсувати після присвоєння чи підтвердження категорії?

Для зняття соціальної напруги серед більшості лікарів та фахівців з вищою неметичною освітою і запобігання судовим позовам необхідно в найкоротший термін прийняти наказ по Держсанепідслужбі про надання права керівникам ГУ та ДУ “у разі виробничої необхідності а або з інших об'єктивних причин термін атестації лікарів, спеціалістів з вищою неметичною освітою, молодших спеціалістів з медичною освітою” своїми наказами атестацію на підтвердження кваліфікаційної категорії переносити на термін не більше одного року. Вищевказане, власне, і передбачено наказами МОЗ України (розділ 4) від 19.12.1997 р. № 359 “Про подальше удосконалення атестації лікарів”, від 23.11.2007 р. № 742 “Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою”, від 12.08.2009 р. № 558 “Про атестацію професіоналів з вищою неметичною освітою”.

Щодо другого питання. Є нагальна потреба прийняття відповідних розпорядчих документів про порядок оплати, які давали би можливість ДУ здійснювати проплату Центру реєстрів за видачу висновків держсанепідекспертизи, що віднесені до адміністративних послуг і тих, які не увійшли до переліку дозвоільних документів. ДУ може здійснювати проплату за підготовку висновків тільки в разі проведення лабдосліджень та підготовку протоколів (звітів). У січні-лютому поточного року, коли йшла робота з передачі майна від ліквідованих облрайміськСЕС на баланс ГУ та ДУ, лабораторно-інструментальні дослідження та заміри у правовому полі не могли проводитись. У зв'язку з чим висновки держсанепідекспертизи готувались за даними досліджень інших акредитованих лабораторій і здійснювати проплату для Центру реєстрів немає юридичних підстав. У травні юристи ГУ та ДУ в Рівненській області підготували проект наказу, який би розблокував правові казуси, але, на жаль, відділ правового забезпечення служби не дав йому подальшого ходу. Для здійснення проплати з боку ДУ нами було проведено перерахунок висновків держсанепідекспертизи, з проханням переробити угоду та акт виконаних робіт з Центром реєстрів, але до цього часу ДУ не може здійснити проплату. Питання залишається неврегульова-



Санітарним лікарям вхід заборонено?..

ним. Для унеможливлення збою роботи з держсанепідекспертизи та адмінпослуг з боку Центру (невидача бланків висновків, блокування програми) слід якнайшвидше прийняти відповідний наказ по Держсанепідслужбі.

Щодо третього питання. Стосовно впровадження держсоцмоніторингу. Нікого не треба переконувати, що збереження здоров'я і життя людини є і має бути головною метою національної безпеки будь-якої держави, тому система спостереження, аналізу, оцінки і прогнозу стану здоров'я населення, а також виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення і впливом на нього факторів навколишнього середовища належить до пріоритетних завдань і потребує якнайшвидшого впровадження на державному, регіональному та місцевому рівнях. У зв'язку з цим, Кабінетом Міністрів України прийнято постанову від 22.02.2006 р. № 182 “Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу”. Основними завданнями моніторингу є: 1) формування загальнодоступного інформаційного фонду; 2) виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення і впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини та оцінка ризиків; 3) підготовка пропозицій щодо поліпшення діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань забезпечення стійких умов для поліпшення демографічних, медико-екологічних та сані-





тарно-гігієнічних показників, а також забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Варто зауважити, що з прийняттям вищевказаної постанови КМУ в Україні розпочалися певні заходи з організації системи державного соціально-гігієнічного моніторингу (надалі ДСГМ). На жаль, наказ МОЗ України від 28.09.2006 р. № 648 "Про розроблення та впровадження заходів по реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 22.02.2006 р. № 182" не був виконаний – окремі структурні підрозділи так і не були створені, а функції з ДСГМ покладені на санітарно-гігієнічні відділи. Слід зазначити, що в Рівненській обласній санепідстанції, вперше в Україні, в лютому 2008 р. був організований відділ ДСГМ, затверджене відповідне положення про організацію його діяльності. Відділ ДСГМ проводить збір і накопичення даних, що характеризують стан атмосферного повітря в м. Рівне, демографічних показників і показників захворюваності; сформована адресна демографічна структура населення; проводиться узгодження робіт з відокремленими структурними підрозділами ГУ та ДУ по лабораторних дослідженнях атмосферного повітря, питної води, води водойм, ґрунту тощо. Крім того, розроблено проект паспорта населеного пункту, який передбачає комплектацію найбільш повної інформації про всі об'єкти, що розташовані в конкретному населеному пункті й впливають на стан середовища життєдіяльності

населення, демографічні показники і показники захворюваності. У перспективі, за належного технічного та програмного забезпечення, первинна база буде накопичуватися і систематизуватися на рівні сільської ради (кілька сіл), далі – районний рівень (підсумовування по сільських радах, селищах міського типу та містах), далі – обласний, регіональний і державний або національний рівні. Систематизована таким чином інформація про стан здоров'я та середовища життєдіяльності населення, про наявні ризики для здоров'я і довкілля допоможе приймати ефективні управлінські рішення і впроваджувати своєчасні й дієві заходи на рівні органів виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Наразі оцінка медико-екологічних ризиків, пов'язаних зі впливом факторів середовища життєдіяльності людини та станом її здоров'я, увійшла до переліку найбільш актуальних і складних проблем гігієни, екології та медицини. Одним із важливих аспектів цієї проблеми є посилення уваги до факторів ризику порушення стану здоров'я окремого індивіда, певної групи осіб, популяції і населення загалом, визначення ролі забруднення середовища проживання.

У світовій практиці оцінка ризику найчастіше проводиться за показниками смертності та рівнем онкологічних захворювань. За всієї важливості цих критеріїв, вони не дають змоги повною мірою оцінити ризик, пов'язаний з дією усього ком-

плексу шкідливих факторів середовища життєдіяльності на здоров'я людини.

В Україні діють Методичні рекомендації "Оцінка ризику для здоров'я населення від забруднення атмосферного повітря", затверджені наказом МОЗ № 184 від 13.04.2007 р., а аналогічні методичні документи стосовно питної води, продуктів харчування, ґрунту, соціально-побутових умов проживання населення в розрізі хімічних, біологічних, фізичних та соціальних чинників відсутні.

Для удосконалення діяльності в напрямі ризикології, а точніше, в аспекті медико-екологічної ризикології, ми пропонуємо такі кроки:

1. Розробити методичні основи аналізу ризику для різних факторів середовища життєдіяльності людини – будь-яких біологічних, хімічних, фізичних, соціальних та інших факторів, що впливають або можуть впливати на здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь.
2. Розробити пакет інформаційно-технічного забезпечення методичних засад для аналізу ризику.

Щодо четвертого питання – оренди майна ГУ в ДУ чи навпаки.

Необхідно терміново напрацювати алгоритм дій з оренди ГУ майна в ДУ. При цьому передбачити й оренду автотранспорту із матеріально-технічним його забезпеченням (заправка, ремонт) з боку ДУ.

Звичайно, сьогодні є також чимало локальних питань, які потребують вирішення. Скажімо, надання роз'яснення стосовно вимог пп. 1.4, 1.6 наказу МОЗ України від 13.12.2004 р. № 614 "Про затвердження Порядку складання та вимог до санітарно-гігієнічних характеристик умов праці" в практичній діяльності "головних спеціалістів" санітарно-гігієнічного відділу Головного управління та міськ-міжрайонних управлінь ГУ ДСЕС в області (п. 1.4.: "...сан-гіг. характеристика складається лікарем з гігієни праці закладу ДСЕС"; п. 1.6: "...сан-гіг. характеристика підписується лікарем з гігієни праці, лікарями інших структурних підрозділів закладу ДСЕС").

Маємо надію, що спільними зусиллями ми зможемо вирішити ті проблеми та виклики, які сьогодні стоять перед Держсанепідслужбою.

